

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
 - Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
 - La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
 - L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
 - En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
 - Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
 - Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'antécédent sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
 - Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
 - La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
 - La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 - Prise en charge : pec@mupras.com
 - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-567647

Course

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		R.A.M 179975	
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	/
Nom & Prénom : MAMEI Zouhda			
Date de naissance : 22/08/45 à Rabat			
Adresse : Rue 27 Jan Brabkene 100004 Rabat			
Tél. : 0661223402		Total des frais engagés : 540,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin		CENTRE DE GASTROENTEROLOGIE	
Cachet du médecin :		 Dr. Samia Bernoussi INP : 101031136 ICE : 001639153000089	
Date de consultation :		09/10/2023	Age : 945
Nom et prénom du malade :		KAMRI Zoubi dg	
Lien de parenté :		<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		Gastrite	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. 993

Fait à : Lahut Le : 09/10/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/06/23	CE BG	1	390 BHT	INP : 101031136 Dr. BEMHOUSSI Samia Centre de GASTROENTEROLOGIE Bemhoussi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05.05.23	240917

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المركز الطبي لأمراض الجهاز الهضمي والكبد والشرج بأڭادال
CENTRE MEDICALE D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
ET DE PROCTOLOGIE DE L'AGDAL

Dr. Samia BERNOUSSI

Hépato - Gastro - Entérologue - Proctologie

Ancienne attachée au service
de l'Hôpital
Toulouse

COOPER PHARMA

PPC : 59,00 DH

poids net / net weight : 3,9 g

الدكتورة سامية البرنوسي

أمراض الكبد والشرج و الجهاز الهضمي

خر杰ة كلية الطب بتولوز

ملحقة سابقا بجناح التنفس

بصحة رونكوي - تولوز

Rabat le...

08/10/23

الربيع ، 2000

re namri 800



8 Inexium 20 82,12
1 ep 216 112 H AUT 08/08
1 ep 216 112 H
Daviglo 6 Dern 99,00
1 col 1 6 Dern
DR ROUGIER 59,00
2 capsule 240,12

SYNTHEMEDIC
22 rue Souhaïb Ben Abdellatif
noires casablanca
INEXIUM
Cpr OR
20 mg
Boîte 14
840150MP/21NRC P.P.N : 82.100H
020591
6 118001

CENTRE DE GASTROENTEROLOGIE

Dr. Samia Bernoussi

INP : 101031136

PATENTE : 25736457 - IF : 3330767 - IFC : 001639153000089 - CRN : 2445105 - IGE : 001639153000089

46، شارع فرنسا - إقامة الأطلس (الطابق الأول) - أڭادال - الرباط - الهاتف : 05 37 77 76 13 / 22 - (أمام طرامو - شارع فرنسا)
46, Av. de France - Résidence Atlas (1er étage) Agdal - Rabat - Tél : 05 37 77 76 13 / 22 - (Station Tramway - Av de France)

E-mail : benber.cge@agdal.com